

GE_GERICHTE ATAS/169/2014 vom 10. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_169_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/169/2014 du 10 février 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/169/2014 del 10 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/3207/2013 - 15/21 - Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

En l'espèce, la décision litigieuse du 23 septembre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 5

La question litigieuse est de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité en raison des troubles dont elle souffre.

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quart de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les

A/3207/2013 - 16/21 - conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

E. 7

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

A/3207/2013 - 17/21 - sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATF non publié 9C_204/2009 du 6 juillet 2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 8

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATFA non publié U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que

l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 9

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement

A/3207/2013 - 18/21 - comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

En l'occurrence, l'intimé a considéré, en se référant aux conclusions des Drs AB_____ et AC_____, médecins auprès du SMR, que les atteintes à la santé dont souffre la recourante lui permettent d'exercer son activité habituelle à 75%, ce que conteste la recourante. Par rapport d'examen du 16 janvier 2013, les Drs AB_____ et AC_____ ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, une polyarthrite rhumatoïde séropositive, non érosive. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une personnalité dépendante de type immature (F60.7), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). La polyarthrite rhumatoïde entraînait des limitations fonctionnelles, à savoir pas de travaux de force, pas de travaux de dactylographie prolongée au-delà d'une heure, pas de travail nécessitant un roulement ou un travail de nuit, pas de travail en ambiance froide ou humide et pas de port de charges de plus de 5 kg. La recourante avait une capacité de travail de 75% dans l'activité habituelle d'assistante de direction et dans une activité adaptée, dès mai 2011. La Cour de céans est d'avis que les conclusions des examinateurs ne permettent pas d'apprécier les atteintes à la santé de la recourante et leurs répercussions sur sa capacité de travail, ce pour les raisons qui suivent. Si les examinateurs admettent que la recourante présente une polyarthrite rhumatoïde, ils estiment toutefois que les autres troubles dont elle souffre – la fatigue, les douleurs et les problèmes de concentration et de mémoire – découlent d'atteintes psychiatriques, à savoir un syndrome douloureux somatoforme persistant et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, la recourante présentant en outre une personnalité immature de type dépendante. Or, force est de constater que sur le plan psychiatrique, le rapport d'examen est particulièrement succinct, puisque l'anamnèse et le status psychiatriques comptent chacun à peine dix lignes. En outre, que ce soit le syndrome douloureux somatoforme persistant ou la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ou la personnalité immature de type dépendante, il convient de relever que ces trois diagnostics ont été retenus sans qu'une motivation claire et détaillée ne soit donnée, de sorte que l'on peine à comprendre comment et sur quelle base ils ont été posés. Qui plus est, il apparaît que le Dr AF_____ aurait procédé en juin 2012 à une évaluation de la recourante sur le plan psychiatrique et qu'il aurait retenu un trouble dépressif récurrent (Dr AA_____, rapport du 22 avril 2013). Or, les examinateurs n'ont ni discuté ce nouvel élément, ni cherché à

A/3207/2013 - 19/21 - prendre connaissance du rapport du Dr AF_____, se contentant de se référer à une évaluation qui remonte à 2004 effectuée par le Dr AE_____ (Dr AB_____, rapport complémentaire du 5 juillet 2013). Par ailleurs, les examinateurs ont écarté tout lien entre l'asthénie et la polyarthrite rhumatoïde ou le traitement médicamenteux au motif notamment que la recourante serait moins fatiguée en vacances ou lorsqu'elle a une petite pause (rapport d'examen du 16 janvier 2013, page 10 et rapport complémentaire du 5 juillet 2013). Or, cela ne correspond pas à l'explication donnée par la recourante aux examinateurs, puisqu'il ressort de l'anamnèse ostéoarticulaire que la fatigue ressentie est identique lorsque la recourante est en vacances (rapport d'examen du 16 janvier 2013, page 5). En outre, le Dr AB_____ justifie l'absence de la mention du syndrome de Sjögren en tant que diagnostic – bien que non contesté - au motif qu'il n'expliquerait pas à lui seul l'asthénie dont souffre la recourante (rapport complémentaire du 5 juillet 2013). Or, cette motivation ne convainc pas non plus la Cour de céans. Il lui appartenait en tous les cas de rappeler ce diagnostic dans le rapport du 16 janvier 2013 et de le discuter quitte à l'écarter en précisant les motifs. On relèvera encore que s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, l'on ne saurait non plus se fonder sur les conclusions des examinateurs. En effet, ceux-ci se sont basés sur un descriptif des tâches que la recourante effectuait au moment de l'examen - soit le 6 novembre 2012 - pour conclure que son activité habituelle est légère et adaptée à ses atteintes (rapport d'examen du 16 janvier 2013 et rapport complémentaire du 5 juillet 2013). Or, il ressortait du dossier en leur possession que l'affection médicale dont elle souffrait avait rendu nécessaire l'établissement d'un nouveau cahier des charges et que son poste avait effectivement été entièrement adapté (Dr AA_____, rapports des 14 septembre 2012 et 22 avril 2013). Il s'ensuit que l'appréciation des examinateurs ne permet pas de déterminer la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle telle qu'elle l'exerçait avant que son cahier des charges ne soit adapté. Au vu de l'ensemble de ces éléments, la Cour de céans est d'avis que le rapport d'examen du 16 janvier 2013 n'a pas la valeur probante suffisante requise par la jurisprudence. Par ailleurs, on ne saurait non plus se fonder sur les avis des autres médecins consultés par la recourante pour déterminer la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. En effet, force est de constater que l'on ne sait si, comme l'a supposé le Dr F_____, les troubles neurologiques et la fatigue dont souffre la recourante s'expliquent par le syndrome de Sjögren (rapport du 11 décembre 2012). En outre, vu l'absence de valeur probante de l'examen psychiatrique effectué par les examinateurs du SMR, rien ne permet, en l'état, de retenir ou d'écarter les résultats de l'expertise neuropsychologique effectuée le 20 mars 2012 par Mme N_____. Qui plus est, certaines pièces médicales font état d'éléments en faveur d'une fibromyalgie (rapports des Drs H_____ et J_____ datés respectivement des 16 et 27

A/3207/2013 - 20/21 - août 2012) et d'un état dépressif récurrent (rapport du Dr AA_____ du 22 avril 2013), sans que l'on puisse déterminer, en l'état du dossier, si la recourante présente effectivement de telles atteintes et, le cas échéant, si elles ont des répercussions sur sa capacité de travail et depuis quand. Force est donc de constater que le dossier ne contient pas les éléments utiles permettant une appréciation adéquate de la situation médicale de la recourante. A défaut d'informations fiables et suffisantes sur les troubles dont souffre la recourante, sur les éventuelles limitations fonctionnelles que ces troubles entraînent ainsi que sur leurs répercussions sur la capacité de travail de la recourante, la Cour de céans ne peut se prononcer sur la capacité de travail de la recourante et partant, sur son degré d'invalidité.

E. 11

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en rhumatologie, d'un spécialiste en psychiatrie et en neuropsychologie. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise en rhumatologie et en psychiatrie n'a été réalisée par l'intimé. En cas de nécessité, un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de l'intéressée sera également organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

E. 12

Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.

E. 13

La recourante, qui est représentée et qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens [art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10)]. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/3207/2013 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.